

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	VERA	JOSE MONSERRATE	05	09	1970	55 años, 9 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308800448	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	SITIO PARRALES y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308800448	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neumología		2026	06	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

USUARIO CON ANTECEDENTE DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DISNEA FUNCIONAL GRADO 2 DE APROX 1 AÑOS DE EVOLUCION CON CIANOSIS OCASIONAL NIEGA FIEBRE NIEGA MALESTAR GENERAL.... AL EXAMEN FISICO: ESTERTORES BIBASALES... ID. NEUMONIA VS TUBERCULOSIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : LEVE ENGROSAMIENTO BRONCOVASCULAR PERIHILIAR - IMAGENES RADIO OPACAS REDONDEADAS DE BORDES DEFINIDOS DE 0.3 CM DE ETIOLOGIA A PRECISAR DISTRIBUIDOS DE FORMA DISPERSAS EN CAMPO PULMONAR DERECHO, Y EN REGION PERIHILIAR IZQUIERDA DE 0.7 CM CON PROBABLE GANGLIO DE ASPECTO INFLAMATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	J129		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	12:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año	

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	12:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	